

1. Pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych:

- pomoc w samoobsłudze (mycie, ubieranie, karmienie)
- dokonywanie zakupów
- przygotowywanie posiłków (stosowanie diety)
- przynoszenie gotowych posiłków z baru, stołówki
- mycie naczyń po posiłkach
- przynoszenie węgla i palenie w piecu
- drobne przepierki
- odnoszenie rzeczy i bielizny pościelowej do punktów pralniczych i ich odbiór
- utrzymywanie w czystości pomieszczeń osoby objętej pomocą
- załatwianie niezbędnych spraw urzędowych

2. Opieka higieniczna, obejmująca zapewnienie higieny osobistej i pomieszczeń:

- pomoc w wykonywaniu czynności higieny osobistej
- pomoc przy załatwianiu potrzeb fizjologicznych
- pomoc w dbaniu o higienę paznokci kończyn dolnych i górnych
- dbanie o poranną i wieczorną toaletę w łóżku (w tym mycie głowy w łóżku),
- zmiana pozycji ciała osoby mającej trudności w poruszaniu się
- zmiana bielizny pościelowej
- mycie okien u osób samotnych (2 razy w roku)
- wykonywanie innych czynności niezbędnych do zapewnienia higieny osobistej i higieny pomieszczeń osoby objętej pomocą

3. Zalecaną przez lekarza pielęgnację, w szczególności:

- dbanie o toaletę przeciwoleżynową,
- podawanie leków zleconych przez lekarza i zgodnie z jego zaleceniami, mierzenie temperatury,
- zakładanie kompresów i okładów, zmiana opatrunków,
- zamawianie wizyt lekarskich, wykonywanie wszelkich innych czynności niezbędnych do prowadzenia prawidłowej pielęgnacji, w razie potrzeby wykonywanie wszelkich czynności mających na celu ochronę zdrowia bądź ratowanie życia (w tym wzywanie lekarza).

4. Zapewnienie kontaktów z otoczeniem:

- obejmujące przygotowanie do pełnienia ról społecznych oraz utrzymywanie kontaktów ze środowiskiem i otoczeniem, poprzez udzielanie wsparcia psychicznego i zapewnianie poczucia bezpieczeństwa, a także poprzez udzielania pomocy w komunikowaniu się z innymi osobami;
- podejmowanie działań mających na celu pomoc w zdobywaniu zaufania do środowiska i otoczenia oraz w nawiązywaniu kontaktu ze środowiskiem i otoczeniem
- pomoc w dojściu do lekarzy, na zabiegi, na zajęcia terapeutyczne oraz powrocie do domu
- towarzyszenie podczas wizyt u lekarza i zajęć terapeutycznych
- towarzyszenie na spacerach
- pomoc w utrzymaniu kontaktu z rodziną i otoczeniem
- czytanie prasy i książek
- wykonywanie innych czynności niezbędnych do zapewnienia kontaktów z rodziną, otoczeniem i środowiskiem

Pan/Pani, zam. Kościerzyna ul.

.....
(wplynęło dnia)

PODANIE O POMOC

1. Imię i nazwisko

2. Wiek

3. Adres

.....

.....

Proszę o przyznanie

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie:

Zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 14 dni od daty złożenia niniejszego podania wszystkich wymaganych przez pracownika socjalnego dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia mojej sprawy.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

Kościerzyna,

OŚWIADCZENIE

Ja zamieszkała/y, ul. oświadczam, że
zapoznałam/em się z poniższą informacją :

1. Świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że o każdej zmianie swojej sytuacji osobistej, dochodowej i majątkowej, która wiązałaby się z podstawą do przyznania pomocy według planu pomocy niezwłocznie powiadomię pracownika socjalnego.
2. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, iż udzielenie pracownikowi socjalnemu informacji niezgodnych ze stanem faktycznym może spowodować wyegzekwowania zwrotu uzyskanych świadczeń pieniężnych, do egzekucji administracyjnej włącznie, zgodnie z art. 98 i 104 ustawy o pomocy społecznej.
3. Zgodnie z art. 10 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego mam prawo do czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji możliwość wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. W związku z powyższym – osobiście lub działając przez pełnomocnika – zgodnie z art. 73 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego mam prawo wglądu w akta sprawy, sporządzenia z nich notatek, kopii lub odpisów w siedzibie Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kościerzynie, ul. Brzechwy 5, pokój nr 15 codziennie w godzinach urzędowania, tj. 7:30 – 15:30 lub u pracownika socjalnego; prawo to przysługuje również po zakończeniu postępowania. Mam prawo również do składania wniosków i uwag w przedmiotowej sprawie, które zostaną rozpatrzone przed wydaniem decyzji.

.....
(podpis)



MIEJSKI
OŚRODEK
POMOCY
SPOŁECZNEJ
W KOŚCIERZYNIE

MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ

83-400 Kościerzyna, ul. J. Brzechwy 5

tel. (058) 686-48-23 (058) 680-87-55 (PRZEMOC W RODZINIE)

tel./fax.(058) 686-60-66

e-mail: mops@koscierzyna.gda.pl; www.mops.kna.pl

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U.UE.L. z 2016 r., Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Dyrektor MOPS z siedzibą w Kościerzynie przy ul. Brzechwy 5, e-mail: mops@koscierzyna.gda.pl tel. 58 686 48 23
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu e-mail: iod@koscierzyna.gda.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia obowiązku prawnego nałożonego na MOPS w Kościerzynie w zakresie realizacji ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, jak również w celu realizacji praw oraz obowiązków wynikających z przepisów prawa (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu, z uwzględnieniem okresów przechowywania dokumentów określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych.
4. Państwa dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
5. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
6. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
 - a) prawo dostępu do swoich danych,
 - b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych,
 - c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
 - d) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
7. Podanie przez Państwa danych osobowych jest obowiązkowe. Nieprzekazanie danych skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
8. Państwa dane mogą zostać przekazane do:
 - Sąd, Policja, Prokuratura, Kuratorzy Sądowi
 - Jednostkom pomocy społecznej
 - Podmiotom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

.....
(podpis)

....., dnia
(miejscowość)
.....
(imię i nazwisko)
.....
(adres)

OŚWIADCZENIE O STANIE MAJĄTKOWYM¹⁾

Ja urodzona/y
(imię i nazwisko) (data i miejscowość)
oświadczam, że na stan majątkowy mojej rodziny/mój²⁾ składają się:

I. Nieruchomości:

- lokal mieszkalny (wielkość [w m²], tytuł prawny)
.....
.....

- dom (wielkość [w m²], tytuł prawny)
.....
.....

- place, działki (powierzchnia [w m²])
.....
.....

- gospodarstwo rolne (rodzaj, liczba hektarów, w tym przeliczeniowych)
.....
.....

¹⁾ Należy uwzględnić majątek objęty wspólnością ustawową oraz majątek odrębny.
²⁾ Niepotrzebne skreślić.

II. Ruchomości:

- samochody (typ, rocznik, wartość szacunkowa)

- maszyny (rodzaj, wartość szacunkowa)

- inne (rodzaj, wartość szacunkowa)

III. Posiadane zasoby:

- pieniężne (oszczędności, papiery wartościowe itp. - wartość nominalna)

- przedmioty wartościowe (wartość szacunkowa)

IV. Inne, dodatkowe informacje o stanie majątkowym:

Jestem świadoma/świadomy² odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

(podpis)

Kościerzyna, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

kierowane do

**Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Kościerzynie**

celem przyznania usług opiekuńczych świadczonych w domu chorego

Imię i nazwisko pacjenta:

Adres zamieszkania: Kościerzyna, ul.

Data urodzenia/wiek:

Diagnoza – rozpoznanie:

.....
.....

Konieczność stosowania diety:

nie tak – jakiej:

Zdolność pacjenta do poruszania się:

po mieszkaniu:

- zdolny do poruszania się samodzielnie - bez użycia sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się samodzielnie - z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
- niezdolny do poruszania się

w środowisku:

- zdolny do poruszania się samodzielnie - bez użycia sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się samodzielnie - z użyciem sprzętu ortopedycznego
- zdolny do poruszania się z pomocą innych osób
- niezdolny do poruszania się

Zalecane czynności pielęgnacyjne:

.....
.....
.....

.....
pieczęć ZOZ

.....
pieczęć i podpis lekarza